Lane Medical Library

Desmoide Geschwülste der Bauchdecken.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Mittwoch, den 29. März 1899

Mittags 1½ Uhr

öffentlich verteidigen wird

Albert Lühder

aus Greifswald.

Opponenten:

Herr Dr. med. Fackelmann, Cursist.

Herr Dr. med. Zibell, Cursist.

Greifswald.

Hans Adler, Buchdruckerei

1899.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0044

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Von Johannes Müller wurde zuerst die Bezeichnung „Desmoid“ als gleichbedeutend mit Bindegewebs-Neubildung in die Litteratur eingeführt. Sänger verstand darunter alle der Bindegewebsreihe angehörenden, aus sehnigem Gewebe entspringenden Neubildungen. Die Bezeichnung „Desmoid“ ist insofern glücklich gewählt, als sie einerseits die Zusammengehörigkeit der verschiedenen Bindegewebs-Neubildungen andeutet, anderseits aber ihren klinischen Charakter unberücksichtigt lässt. Der Grund für die nur spärlichen Mitteilungen mag wohl einerseits darauf beruhen, dass die Neubildungen in den Bauchdecken an und für sich nur eine seltene Erscheinung sind, anderseits aber in der vorantiseptischen Zeit wegen der grossen Gefahr, die Bauchhöhle zu eröffnen, man die Laparotomie durch Medicamente einfach umging, oder nur partielle Exstirpation ausführte. Auf diese Weise konnte dann allerdings keine Einsicht und klares Bild über die Ursprungsstätte, Character u. s. w. der Bauchdecken-Tumoren herbeigeführt werden. Erst im Laufe der beiden letzten Jahrzehnte ist den Bauchdecken-Tumoren ein erhöhtes Interesse

zugewandt worden, und durch genauere Beobachtungen derartiger Fälle etwas mehr Licht in dieses Gebiet gekommen. Diese Geschwülste scheiden sich in solche, die von der Bauchhaut und solche, die von den tiefer liegenden Schichten der Bauchwand ausgehen. Während die ersteren weniger von Wichtigkeit sind, haben die letzteren nach verschiedenen Richtungen hin bemerkenswertes Interesse, und diese sind es eben, die als „Desmoide" der Bauchdecken bezeichnet werden sollen.

Das höchste Verdienst, derartige Fälle veröffentlicht zu haben, gebührt Sänger, der zuerst eine Einteilung der Bauchdeckengeschwülste gegeben und sämmtliche bisher publicierten Fälle systematisch geordnet und klassificiert hat. Nach ihm haben wir als Ursprungsstätten der Bauchdecken-Tumoren zu betrachten

1. Das subcutane Zellgewebe.
2. Das Perichondrium und Periost der Rippen und des Beckens.
3. Die Aponeurosen der Bauchmuskeln.
4. Die Muskeln selbst.
5. Das properitoneale Bindegewebe.
6. Das Peritoneum.

Zur Begründung dieser seiner Einteilung giebt uns Verfasser in seiner Abhandlung — Über desmoide Geschwülste der Bauchwand etc. Seite 32 u. 33 — eine Zusammenstellung von 41 Fällen, wobei er einzeln deren Sitz und Ursprung angiebt. Wir

sehen aus seiner ausführlichen Darstellung, dass die 3. Gruppe — Aponeurosen — die reichste an Fällen ist. Sie zählt nämlich allein 25 Fälle, während auf die 5 übrigen Gruppen je ein oder zwei Fälle kommen, im ganzen 16, wobei noch zu bemerken ist, dass 5 von den letzteren wegen unsicherer Angaben ihres Ursprungs auch in die 3. Gruppe eingereiht werden können.

Was nun zunächst das Vorkommen der Bauchdecken-Desmoide anbetrifft, so wird das weibliche Geschlecht viel häufiger befallen als das männliche; bei ersterem sind wieder die Frauen, welche geboren haben, bevorzugt. Nach Guerrier wurden unter 41 Fällen nur 3 Männer beobachtet; nach Grätzer unter 38 Fällen 5 Männer. Ledderhose zählt unter 100 von ihm zusammengestellten Fällen 10 Männer; Terillon unter 78 Fällen 12 Männer. Dass die Schwangerschaft einen bemerkenswerten Einfluss auf die Entstehung der Tumoren hat, geht ebenfalls aus den Statistiken deutlich hervor. Ledderhose berichtet, von den nach Abzug der 10 Männer übrig bleibenden 90 Frauen ist 70 mal angegeben, dass sie geboren hatten, 2 mal, dass dieses nicht der Fall war. Weitere 10 Fälle, die Loer zusammenstellt, betrafen sämmtlich Frauen, von denen 2 nicht, eine einmal, eine dreimal, drei vier-, sechs- bezw. siebenmal geboren hatten, während bei den übrigen diesbezügliche Angaben fehlten.

Auch das Alter scheint auf die Entwickelung

der Bauchdeken-Geschwülste von Einfluss zu sein. Ledderhose giebt an, dass dieselben am häufigsten zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr entständen, weniger häufig zwischen dem 30. und 40., nur vereinzelt vor dem 20. und nach dem 40. Jahre. Der Einfluss des Lebensjahres ist bei den Männern weniger deutlich; sie standen im 25—55. Jahre; die Fälle waren auf dieses Alter ziemlich gleichmässig verteilt.

Was nun die Symptome anbetrifft, so pflegen die Patienten über Schmerzen nicht zu klagen. Anfangs haben die Geschwülste die Grösse einer Erbse bis einer Haselnus; dieselben seien nach Angabe der Patienten unter der Haut verschiebbar und auf Druck nicht schmerzhaft gewesen. Erst wenn die Tumoren schneller zu wachsen anfangen, stellen sich bisweilen Schmerzen spontan und namentlich bei Bewegungen und Heben etc. ein. Doch können auch noch jetzt alle Erscheinungen fehlen. Wirklich ernste Unbequemlichkeiten erwachsen für den Patienten erst dann aus dem Leiden, wenn der Tumor eine excessive Grösse erreicht, wie dies bei Paget in einem Falle bei einer 60 jährigen Frau beobachtet wurde, bei der die Geschwulst von der Gegend unter dem Nabel bis zur Mitte des Oberschenkels herabhing und 40 Pfd. wog. Auch K. von Rokitansky beobachtete einen ähnlichen Fall, bei dem der Tumor 2 Finger breit über dem Nabel anfing, fast bis zu den Knieen herabhing und 32 Pfd. wog.

Alsdann traten auch Complicationen ein, indem der Tumor mit der Haut verwächst, frei zu Tage tritt und zu tötlichen Blutungen Veranlassung geben kann (Paget), oder die Haut über demselben durch straffes Oedem bretthart gespannt wird. Derartige Fälle kommen jedoch sehr selten zur Beobachtung, da die Patienten meist schon lange vorher den Rat des Arztes in Anspruch nehmen. Gewöhnlich haben die Tumoren daher, wenn sie zur Operation gelangen, die Grösse eines Gänseeies bis zu der eines Kindskopfes.

Der Character der Tumoren ist meistens ein gutartiger, doch beweisen die Fälle von Esmarch, Billroth etc., dass auch maligne Tumoren, wie Sarcome und Fibrosarcome (jetzt ein Fall in der hiesigen Frauenklinik) etc. an dieser Stelle vorkommen. In einzelnen Fällen sind dann auch Recidive eingetreten, und führen dieselben durch Metastasenbildung zum tötlichen Ausgang, wie z. B. der von Spiegelberg operierte Fall,*) wo nach qualvollem Ende, welches die Patientin traf, sich bei der Section herausstellte, dass die ganzen Beckenorgane mit Sarcommassen durchsetzt waren, die zu einer Perforation nach der Scheide und dem Mastdarm zu geführt hatten.

Es drängt sich nun die Frage auf, wie man die Aetiologie derjenigen Bauchdecken - Tumoren

*) Deutsche medicinische Wochenschrift. X. Jahrg. 1884.

erklären will, wo kein directer oder indirecter Insult stattgefunden hat. Darin stimmen alle, die über diesen Punkt geschrieben haben, überein, dass die Erblichkeit keine Rolle zu spielen scheint. Die Cohnheim'sche Theorie scheint viele Anhänger gefunden zu haben. Er glaubt nämlich alles erklären zu können mit der Annahme, dass die Fibroide der Bauchdecken embryonal veranlagt sind und nur einer gewissen äusseren Anregung bedürfen, um zu wachsen und in die Erscheinung zu treten. Als einen solchen Reiz betrachtet er z. B. den affluxus sanguinis bei der graviditas. Die Erschlaffung der Bauchhaut bei Multiparis und die dadurch verringerte Widerstandsfähigkeit derselben begünstige die Entwickelung des Tumors; daher das vorwiegende Vorkommen bei Mehrgebärenden. Zunächst spreche für diese Annahme der Umstand, dass die hintere Rectusscheide so häufig den Ausgangspunkt abgiebt, weil an dieser Stelle, als an der Grenze zwischen fibrotendinösen und serösen System Verirrungen von Keimen während der Entwickelung leicht vorkommen können, die durch gelegentliche Ursachen zum Wachstum angeregt werden und zur Bildung von Tumoren führen. Wenn Graetzer jede traumatische Ursache zurückweist, so setzt er sich zu den eingehenden Forschungen der Neuzeit in Widerspruch.

So behauptet Herzog in seiner, diese Geschwülste betreffenden Abhandlung, dass die Bauch-

decken-Tumoren durch Muskelhaematome bedingt werden. Als Unterlage seiner Behauptung dient ihm dabei ein von Ebner veröffentlichter Fall.

Einer Frau waren, während sie stand, gefüllte Mehlsäcke auf die Schultern gefallen. Sie empfand von jener Zeit an einen brennenden Schmerz in der Bauchwand. Nach nicht langer Zeit gewahrte sie handbreit unter dem Nabel in der Mitte der Bauchwand einen festen Knoten, der sich leicht verschieben liess. Aus dem Knoten wurde schliesslich eine Geschwulst, die bei der Aufnahme der Patientin die Grösse eines Kindskopfes hatte. Die Operation förderte einen Tumor zu Tage, der mit dem Muskulus rectus innig verwachsen war. Die Entstehungsart dieses Tumors erklärt nun Herzog dahin, dass er das Blutextravasat eine Organisation eingehen und ähnlich dem Knochencallus einen Muskelcallus werden lässt, der sich dann durch übermässige Wucherung, wie sie sich beim Callus luxurians findet, zu einer Geschwulst entwickelte. Bennet berichtet von einem ähnlichen Fall. Ein Mann verspürte beim Heben eines schweren Gegenstandes eine schmerzhafte Empfindung in der Lebergegend, die aber wieder verschwand. Nach einem Jahr entwickelte sich eine Geschwulst an der Sehne des Musculus abdominis obliquus internus. In einem Fall von Slifossowsky giebt die Patientin an, vor 4 Jahren einen Schlag mit einem Pferdehuf in die linke Seite empfangen zu haben; ein halbes Jahr darauf be-

merkte sie in der Haut des linken Hypochondrium ein erbsengrosses Knötchen, das späterhin zur mannskopfgrossen Geschwulst wurde.

Zur Feststellung der Diagnose ist zunächst eine ausführliche Anamnese zu erheben. Hierbei wird dem Arzt meistens angegeben, dass eine harte indolente Geschwulst schon seit Jahren in den Bauchdecken zu fühlen gewesen sei, die in letzter Zeit ev. in der letzten Schwangerschaft stark gewachsen sei und jetzt ziehende Schmerzen verursache. Die Inspection lässt dann eine circumscripte, mehr oder weniger grosse Hervorwölbung der Bauchdecken erkennen. Häufig lassen sie sich bis zu einem gewissen Grade umgreifen, wodurch der Beweis geliefert wird, dass sie in der Bauchwand liegen. Um konstatieren zu können, dass der Tumor nicht von der Haut ausgeht, lässt man den in Rückenlage befindlichen Patienten Kopf und Oberkörper ohne Unterstützung der Arme von der Unterlage erheben. Bei dieser Bewegung wird eine der Haut angehörende Geschwulst frei beweglich bleiben, während das Desmoid, das bei erschlafften Bauchdecken ziemlich frei beweglich ist, fixiert wird. Verschwindet sie infolge der Muskelcontraction, so sitzt sie unter, wird sie deutlicher sichtbar und bleibt palpabel, so sitzt sie über der Aponeurose. Bei dem grossen Einfluss, den die Verwachsung der Geschwulst mit dem Peritoneum auf Prognose und Therapie des Falles

ausübt, wäre es wünschenswert, dass sich auch dieser Umstand diagnosticieren liesse; leider ist das nicht möglich. Auch ein sicherer Schluss auf diese Verhältnisse, auf die Grösse des Tumors ist nicht zu machen, da auch kleine Tumoren sich oft als mit dem Peritoneum verwachsen gezeigt haben. Nach Sänger gilt es im allgemeinen als gewiss, dass, je weiter nach aussen vom Peritoneum eine Geschwulst ihren Ursprung hat, sie um so leichter von diesem zu trennen sei. Aus diesen Umständen ergiebt sich, dass der Operateur sich in jedem Falle einer Bauchdecken-Geschwulst auf die Laparotomie vorzubereiten hat. Zur Unterscheidung zwischen rein fibrösen und rein sarcomatösen Desmoiden stehen uns keine ganz zuverlässigen Anhaltspunkte zur Verfügung. Für das reine Fibrom soll Nichtbeteiligung der Haut und geringe, fast fehlende Schmerzhaftigkeit, für das reine Sarcom frühzeitiges Verwachsen mit der Haut und lebhafter Schmerz characteristisch sein.

Differentialdiagnostisch können in Betracht kommen: Hernia ventralis (häufige Verwechslungen), Wanderniere, Ovarialcyste, Hydronephrose und abgekapselte Abscesse.

Um von der Therapie dieser Geschwülste einiges zu erwähnen, so hat man früher Heilmittel vorgeschlagen, wie parenchymatöse Injectionen und Electrolyse. Die einzig richtige Behandlung beruht jetzt auf chirurgischem Eingriff; und da kein spon-

taner Stillstand des Geschwulstwachstums zu erwarten ist, vielmehr eine die Patienten stark belästigende und deren Leben gefährdende Vergrösserung in Aussicht steht, so soll die Exstirpation möglichst frühzeitig vorgenommen werden, und zwar sind wir dazu umsomehr berechtigt, als auf Grund der nunmehr streng durchgeführten Antisepsis die Erfolge auf dem chirurgischen Gebiete sich mehr und mehr günstig gestalten.

Guerrier riet merkwürdigerweise ab, kleinere Tumoren zu operieren. Wenn man die Pathogenese unserer Tumoren berücksichtigt, so wird man diese Ansicht nicht für berechtigt halten. Hat man doch um so mehr Aussicht, den Tumor aus seiner Umgebung ohne Verletzung des Peritoneums ausschälen zu können, je früher man ihn zur Operation bekommt. Die Intacthaltung des Peritoneums ist aber unter allen Umständen anzustreben: denn trotzdem die Antisepsis die Gefahr einer Eröffnung der Bauchhöhle sehr herabgesetzt hat, so bleibt dieselbe doch immer eine der eingreifendsten Operationen. Schon deshalb ist möglichst früh zu operieren. Eine weitere Indication zur Operation ist die Metastasenbildung, die allerdings grösstenteils nur die malignen Tumoren betrifft. Da man aber klinisch nicht feststellen kann, um was für eine Art von Tumor es sich hier handelt, so muss man immer den ungünstigeren Fall annehmen und deshalb zur Operation schreiten. Ist der Tumor mit

dem Peritoneum verwachsen, so empfiehlt es sich, um Recidive zu vermeiden, dasselbe selbst in grosser Ausdehnung zu resecieren. Esmarch beobachtete bei einer Frau, bei der Geschwulstreste zurückgeblieben waren, nach 2 Jahren während einer neuen Schwangerschaft ein Recidiv; daher radicale Entfernung. Für die Nachbehandlung ist eine 8 bis 14tägige Bettruhe unbedingt nötig, damit nicht die Narbe, dem intraabdominellen Druck nachgebend, zu einer Bauchhernie sich ausdehnt. Um dies zu verhindern, empfiehlt Helferich die Trennung der den Tumor deckenden Schichten nicht in derselben Richtung vorzunehmen, vielmehr z. B. Haut und Aponeurose des Musculus obliquus externus in einer anderen, nahezu senkrechten Richtung zu trennen. Die Peristaltik muss in der ersten Zeit nach der Operation durch Opium möglichst unterdrückt werden; auf strenge Diät ist zu achten, wie nach jeder Laparotomie.

Die Prognose der nicht operierten Bauchdecken-Desmoide muss als ziemlich ungünstig bezeichnet werden, da einerseits auf dauernden Stillstand im Wachstum und spontane Rückbildung nicht zu rechnen ist, anderseits die häufig eintretenden Ulcerationen der grossen Tumoren den Tod durch Pyaemie oder Verblutung herbeiführen können. Ungleich günstiger ist die Prognose der Operation. Ledderhose berichtet, dass in 94 Fällen, die in der vorantiseptischen Zeit operiert wurden, 15 Mal

der Tod infolge der Operation eintrat: 5 Mal durch Eiterung und Jauchung, die sich von der Wunde aus auf das unverletzte Peritoneum fortsetzte, 8 Mal nach Eröffnung der Bauchhöhle durch Peritonitis, 2 Mal durch Blutverlust. Wenn dies auch keine allzu erfreulichen Resultate sind, so hat doch die Antisepsis und Asepsis die Prognose der operativen Behandlung dieser Tumoren weit günstiger gestaltet und zwar einmal, weil auch die Eröffnung der Bauchhöhle die Gefahr des Eingriffes nicht mehr wesentlich vermehrt, und zweitens, weil man durch die Radicaloperation Recidive leichter vermeiden kann.

Die Litteratur weist verschiedene interessante Fälle von desmoiden Geschwülsten auf.

In dem Jahresbericht über Leistungen und Fortschritte in der ganzen Medicin von Virchow und Hirsch handelt es sich zunächst um eine 28jährige Frau.

Patientin bemerkte vor einem halben Jahre im linken Hypogastrium eine Geschwulst von der Grösse eines Apfels, die jetzt einen Längsdurchmesser von 2 cm und einen Querdurchmesser von 18 cm aufweist. Sowohl die Haut über dem Tumor, als auch er selbst war sehr gut beweglich, und es konnte so eine Beziehung zu den Genitalien gänzlich ausgeschlossen werden. Bei der Operation zeigte sich, dass der Tumor mit dem Peritoneum fest verwachsen war; man schnitt deshalb ein 10 cm langes und 6 cm breites Stück des Peritoneums mit aus und ver-

knüpfte die Ränder mit 8 Nähten. Heilung nach 2 Monaten.

Bei einem zweiten Fall bemerkte der Operateur bei einer 28jährigen Frau eine starke, kindskopfgrosse Geschwulst, die er als Fibrosarcom der Fossa iliaca bezeichnete. Die Operation war von Erfolg. Die Geschwulst sass mit einem Stiele der Spina superior anterior an; vorne war sie von der Sehne des Obliquus externus bedeckt und hinten mit dem Peritoneum verwachsen. Ein handgrosses Stück des Peritoneums musste entfernt werden. Der Operateur glaubte daher, dass die Bezeichnung Fibrosarcom der Bauchwand entsprechender wäre, und dass der Tumor zu den von Nelaton zuerst beschriebenen, wie es scheint nur bei Frauen vorkommenden fibrösen Geschwülsten der Bauchwand zu rechnen ist.

Über Geschwülste der Bauchwand berichten in derselben Schrift Nicaise und Bard. In beiden Fällen handelt es sich, wie gewöhnlich, um Frauen. Bei der Exstirpation, die mit Glück ausgeführt wurde, fand sich keine Verwachsung mit dem Peritoneum. Die von Nicaise beschriebene Geschwulst war faustgross, wog 2500 g und lag etwas oberhalb des rechten Darmbeinkamms. Sie war von den Bauchfascien ausgegangen, zu dem Periost des Darmbeinkamms stand sie in keiner Beziehung. Die Geschwulst von Bard war etwas grösser, lag dicht oberhalb der Symphyse hinter den Recti und liess

sich auch vom Scheidengewölbe aus fühlen. Mit dem Periost der Symphyse hing sie nicht zusammen.

In Schmidt's Jahrbüchern der Medizin wird über einen ähnlichen Fall berichtet.

Eine 21 Jahre alte, seit vier Jahren verheiratete, kräftige Frau, Mutter von zwei Kindern, hatte seit $2^1/_2$ Jahren eine kleine Geschwulst in der linken Leistengegend, die anfangs für einen Leistenbruch angesehen wurde. Nach und nach wuchs sie und zwar in der Richtung nach ein- und abwärts. Am 6. Juli 1890 hatte die Geschwulst ovale Gestalt und zwar 14 cm lang und 7,5 cm breit; das innere dickere Ende lag eng an der Spina, während das äussere, spitzere Ende sich fast bis zur Spina ilei anterior superior erstreckte.

Bei der Operation fand man die Geschwulst unmittelbar unter der Aponeurose des Musculus obliquus externus liegend: das Muskelgewebe des Musculus obliquus internus und die Fascia transversa ging in die hintere Oberfläche der Geschwulst über. Bei der Entfernung wurde das Peritoneum zwar frei gelegt, aber nicht verletzt: das innere Ende hing fest mit der Aponeurose des Musculus obliquus externus zusammen, war ferner mit der gemeinsamen Sehne und der Scheide der Recti verwachsen und hatte auch den vorderen Teil des letzteren ergriffen. Ein Teil der Muskelscheide und der gemeinsamen Sehne, die harte, umschriebene Knötchen enthielten, wurde entfernt, die Wunde

durch tiefe und oberflächliche Nähte geschlossen und drainiert. Die Heilung erfolgte ohne Störung, und bis zum 23. Januar 1891, wo Referent die Frau zum letzten Mal sah, war keine Spur eines Recidivs vorhanden. Bei der mikroscopischen Untersuchung der 160 g schweren Geschwulst fand sich junges, ziemlich lockeres Bindegewebe, stellenweise vom Sarcom nicht zu unterscheiden, an anderen Stellen derbes und wenig zellenhaltiges. An dieser Stelle macht Referent aufmerksam auf die Arbeiten von Guerrier, Sänger und Fürst. Er betont, dass die Desmoide der Bauchwand, da sie eine zweifelhafte Prognose geben, stets sofort zu entfernen sind. Wenn bei der Entfernung grösserer Geschwülste das Peritoneum mit verletzt und in grösserer Ausdehnung von der Bauchwand entfernt worden ist, so kann man entweder durch Plattennähte die Wundoberfläche verkleinern (Sänger), oder nach völliger Blutstillung auch unbedenklich die des Bauchfells beraubte Bauchwunde in diesem Zustand belassen, da nach Kelterhorn Adhäsionen zwischen derartigen Bauchwänden und den Organen der Bauchhöhle fast nur entstehen, wenn eine Inficierung stattgefunden hat. Hierzu muss Referent auf beide Arbeiten von Thomsen und von Dembowski aufmerksam machen, die wohl geeignet sind, das letzt genannte Verfahren nicht ohne weiteres als empfehlenswertes erscheinen zu lassen. Im Gegenteil wird die des Bauchfells beraubte

Stelle der Bauchwand in irgend einer Weise so viel als möglich nach Sängers Empfehlung auszuschalten sein.

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen über die desmoiden Geschwülste der Bauchdecken und den aus der Litteratur angeführten Belegen will ich mir erlauben, zwei Fälle zu beschreiben, von denen der eine im Sommersemester 1892, der andere im Wintersemester 1899 in der gynaecologischen Klinik des Herrn Geheimrat Professor Dr. Pernice zur Operation kam.

Im Sommersemester 1892 wurde in d. Universitätsfrauenklinik eine Frau eingeliefert, die über Schmerzen im Kreuz und in der rechten Seite klagte. Patientin war 26 Jahre alt und hatte ihre Menses vom 14. Jahre an regelmässig und ohne Schmerzen. Die letzte hatte sie am 22. Februar 1892, war sehr stark und dauerte 14 Tage. Seit 7 Jahren ist Patientin verheiratet. Von ihren 6 Kindern sind alle gesund. Das Wochenbett war normal bis auf das letzte, wo Patientin fieberte und 14 Tage das Bett hüten musste. Vor etwa 4 Jahren bemerkte sie eine bohnengrosse Geschwulst der Bauchdecken, welche die Symphyse etwas überragte. Seitdem ist sie, in der Zeit der letzten Gravidität besonders zunehmend, zu ihrer jetzigen Grösse eines Gänseeies herangewachsen. Der Uterus ist etwa birnengross und liegt normal. Rechts von der Linea alba, einige Centimeter oberhalb der

Symphyse beginnend, liegt eine derbe Geschwulst von ungefähr Faustgrösse, die mit mehreren hinteren und dazwischen liegenden Einziehungen versehen ist. Die Haut über derselbem ist beweglich, der Tumor selbst auf seiner Unterlage dislocierbar; nach unten zur Symphyse hin verläuft ein Strang, der die Beweglichkeit des Tumors nach oben behindert. Die Palpation bereitet der Patientin keine Schmerzen. Durch die Percussion wird über dem Tumor gedämpfter Schall festgestellt, der nach der Umgebung zu in tympanitischen übergeht. Aus der bimanuellen Untersuchung ergiebt sich, dass die Geschwulst weder mit den Ovarien noch mit sonstigen Organen des Beckens oder des Abdomens verbunden ist; vielmehr ist aus den Umstande, dass die Geschwulst sich bei erschlafften Bauchmuskeln umgreifen lässt, der Schluss berechtigt, dass es sich um eine in den Bauchdecken gelegene Geschwulst handelt.

Klinische Diagnose: Fibrom der Bauchdecken.

Die Operation gab ein Gebilde von der Grösse eines Gänseeies, welches in eine bindegewebige Kapsel eingeschlossen ist. Es wird ein frischer Schnitt angelegt; derselbe weist eine grauweisse Farbe auf und ist gleichmässig glatt. Dabei fühlt es sich ziemlich hart an und zeigt einen faserigen Bau. Im microscopischen Bilde sieht man eine Unmenge grösserer und kleinerer Bindegewebsbündel, die

gleich einem Gitterwerk mit einander verfilzt sind. Zwischen den Fibrillen liegen hin und wieder Spindelzellen zerstreut.

In dem eben beschriebenen Falle haben wir den Typus eines reinen Fibroms vor uns, denn das Wachstum erfolgte von der Rectusscheide aus; ferner entstand die Geschwulst ganz allmählich, fast unbemerkt, um während der Gravidität schnell zu wachsen. Schliesslich finden wir das Gebilde bei einer Frau, die mehrere Schwangerschaften durchgemacht hat.

Nach dreiwöchentlicher Behandlung wurde die Frau geheilt entlassen.

In dem nächsten Fall, der leider ad exitum kam, handelt es sich um die 27 Jahre alte Arbeiterfrau G. aus Demmin.

Anamnese: Bis 14 Jahre Masern.

Menstruation: Vom 13. Jahre regelmässig 4w., 8tg. ohne Schmerzen.

Geburten und Wochenbett: 3 normale Geburten, letzte vor 4 Wochen, 1 Abort.

Beschwerden: Bei der letzten Entbindung bemerkte die Hebamme bei der Entfernung der Nachgeburt eine Geschwulst. Sie schickte zum Arzt in dem Glauben, dass es sich um eine Zwillingsgeburt handelte. Der Arzt konstatierte eine Uterusgeschwulst und sandte die Patientin zur Operation in die hiesige Universitäts-Frauenklinik.

Status praesens: Bau kräftig. Ernährung

gut. Farbe gesund. Appetit gut. Stuhl normal. Urin normal.

Bimanuelle Untersuchung: In der linken unteren Bauchgegend sieht man eine etwa zwei Faust grosse gleichmässig runde Hervorwölbung. Die Palpation ergiebt, dass dieselbe durch einen Tumor hervorgebracht ist. Der Tumor zeigt gleichmässig glatte Oberfläche; Consistenz prall elastisch. Der Tumor erstreckt sich nach unten bis etwa zwei Finger breit oberhalb des Poupartschen Bandes; nach der Medianlinie schneidet er mit dem Rectus ab; nach oben reicht er bis etwa Nabelhöhe. Die Haut über demselben ist verschiebbar. Bei genauer Untersuchung findet man, dass der Tumor mit den Schichten der Bauchdecke in Verbindung steht resp. von denselben ausgeht. Bei bimanueller Untersuchung findet man den Uterus retroponiert. Den Tumor kann man mit Mühe durch das linke Scheidengewölbe fühlen, jedoch lässt er sich dem Finger nicht näher bringen. Das linke Ovarium wegen des Tumors nicht abzugrenzen. Rechts normale Verhältnisse.

Diagnose: Fibrosarcom der Bauchdecken.

Operation am 26. Januar 1899: Exstirpation des Tumor. Schnitt in der Linea alba vom Nabel beginnend circa 15 cm lang. Nach Durchtrennung der Haut und des oberflächlichen Zellgewebes und Fascie zeigt sich der Tumor, der eingebettet ist in den linken Musculus rectus resp. mit demselben

fest verwachsen ist. Derselbe wird teils stumpf, teils scharf ausgeschält. Er scheint von der hinteren Wand der Rectusscheide auszugehen; infolgedessen gelingt es nicht, ihn ohne Eröffnung des Peritoneums zu entfernen. Es muss sogar ein ziemlich grosses Stück des Peritoneums reseciert werden. Sorgfältige Blutstillung. Bauchnaht in der üblichen Weise.

Die microscopische Untersuchung ergiebt, dass es sich um ein Fibrosarcom handelt.

30. I. Der untere Nahtstich ist vereitert, die Umgebung gerötet und fluctuierend. Öffnung und Gegenincision.

2. II. Hohes Fieber; starke Eiterung.

Während der nun folgenden Zeit treten starke peritonitische Erscheinungen in den Vordergrund. Die Kranke fiebert hoch, wird benommen und comatös; die Bauchwand secerniert nur noch wenig; in derselben zeigt sich die Kuppe einer Dünndarmschlinge. Patientin erholt sich etwas, um nach einigen Tagen wieder dieselben Erscheinungen zu zeigen. Somnolenz; starker, nicht zu verhütender Decubitus traten auf mit jauchender, stinkender Gangrän.

Exitus am 8. März 1899.

Sectionsbefund. Gracil gebaute, weibliche Leiche. Muskulatur schwach entwickelt in Totenstarre. Auf dem Abdomen zwei Finger breit links vom Nabel eine 9 cm lange Narbe. Im unteren

Teil eine ungefähr thalergrosse Wundstelle, in deren Tiefe man Dünndarmschlingen liegen sieht. Die oberste Schlinge zeigt mattes Aussehen, dicke Fibrinbeläge. Der unterste Teil sieht mehr narbig aus. Beim Schnitt vom Kinn zur Symphyse ist links vom Nabel ein ungefähr handtellergrosser Teil vom Peritoneum mit den darunterliegenden Darmschlingen verwachsen. Von der eben beschriebenen thalergrossen Öffnung lassen sich zwei ungefähr fingerdicke Gänge nach rechts und links verfolgen. Es wird ein Schnitt gemacht oberhalb des Nabels nach der rechten Darmbeinschaufel, von da aus längs des Poupartschen Bandes zur Schamfuge. Die Dünndarmschlingen, sowie das Colon ascendens sind innig mit einander verwachsen und durch feste, fibröse Stränge, besonders an der Operationsstelle verklebt. Das Peritoneum dieser ganzen Ausdehnung ist schmutziggrau und blauschwarz verfärbt; auf demselben liegen einzelne blauschwarze, Fibrin-ähnliche Massen. Stand des Zwerchfells ist beiderseits unterhalb der 4. Rippe. In der Gegend des Os sacrum, sowie auf der Aussenseite beider Oberschenkel sind mehrere, tiefliegende Substanzverluste. Nach Herausnahme des Brustbeins retrahiert sich die Lunge in geringem Masse.

Am Herzen keine Veränderung. Breite der Aorta $4^1/_2$, Wände des Ventrikels aussen $7^1/_2$, innen 7 cm. Musculatur sehr blass.

Die rechte Lunge ist überall lufthaltig. Pleura

spiegelglattglänzend. Der Oberlappen schmutzig, grauweiss mit ganz geringem Pigment. Der Unterlappen hat hellrote Farbe; in den hinteren Teilen einige unter dem Niveau liegende, luftleere, blauschwarze Partien. In der Pars diaphragmatica Pleuratrübungen, feinste fibröse Auflagerungen. Durchschnitt der linken Lunge im oberen Teil mattrosa, im unteren dunkelrot. An der rechten Lunge dieselben Verhältnisse.

Beim Ablösen des Colon descendens stösst man auf eine ungefähr Hühnerei-grosse Eiterhöhle, aus der sich gelbgrüner Eiter entleert. Die Eiterhöhle liegt über dem Iliospoas links und erstreckt sich 10 cm nach oben. In der Eiterhöhle einige Recessus. Es wird die Darmschlinge zurückpraeparirt und herausgenommen. Besonders in der linken Fossa iliaca nach dem kleinen Becken zu sind die Darmschlingen ziemlich fest mit einander verwachsen, ebenso in der Gegend des Coecums. Das Peritoneum dieser Partien, sowie die Serosa ist schiefergrau gefärbt und belegt mit fibrinösen, schiefergrau gefärbten Massen. Im hinteren Douglas, der zum Teil mit der hinteren Uteruswand obliteriert ist, findet sich dieselbe Farbe des Peritoneum: es finden sich dort dicke, 1 cm lange, zum Teil schon fest adhaerente, grauschwarze Fibrinmassen an den Wänden. Dünn- und Dickdarm wurden herausgenommen, ebenso die Geschlechtsteile mit dem Rectum, in welchem sich keine Veränderung findet.

Die Vagina ist weit, blaurot, wenig Faltenbildung. Der äussere Muttermund zeigt einen circulären Substanzverlust; die Portio ist weich, blaurot gefärbt. Der Uterus ebenfalls weich, die Musculatur schlaff, wenig verdickte Blutgefässe. Endometrium dunkelrot; wenig Schleim. Die Tuben sind stark geschlängelt; Schleimhaut ohne Veränderung. Die Ovarien sind dem Uterus sehr genähert; Consistenz derb, Durchschnitt bindegewebiger Natur; Lig. lat. verdickt. Zahlreiche Verwachsungen zwischen der hinteren Uteruswand und dem gegenüberliegenden Peritoneum. Das linke Ovarium und Tube steht nicht im Zusammenhange mit dem oben erwähnten Abscess.

Blase ohne Veränderung.

Duodenum, Magen und Darm zeigen keine Anomalien.

Milz: Oberfläche matt, wenig Fibrinauflagerung; Kapsel verdünnt; Durchschnitt graurot, etwas frische Schwellung.

Nieren: nicht vergrössert, Oberfläche gelblichweiss; Blutgehalt sehr gering. Rindensubstanz transparent. Consistenz der Nieren prall elastisch.

Leber: vergrössert, stark mit Fett infiltriert, auf der Oberfläche einige fibrinöse Auflagerungen. Acinuszeichnung undeutlich. Consistenz teigig; geringer Blutgehalt. Farbe gelbrosa, kein Amyloid.

Aorta: dünnwandig, elastisch; deutlicher Abgang der Intercostalarterien.

Gehirn: Section ergiebt ausser starkem Oedem der Pia keine Abnormitäten.

Die weitere Section ergiebt normale Verhältnisse.

Pathologische Diagnose: Tumor operatione ablatus; Laparotomie; Abscessus intermuscularis abdominis; Anaemia totalis; Peritonitis chronica et fibrinosa recens conscripta. Oedema piae matris.

Am Schlusse meiner Arbeit angelangt, ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh. Medicinalrat Professor Dr. Pernice für die gütige Überweisung des Themas und die liebenswürdige Unterstützung meinen herzlichen Dank auszusprechen.

Litteratur.

Sänger: Über desmoide Geschwülste und deren Operation mit Resection des Peritoneum parietale; Archiv für Gynaecologie, Bd. XXIV Heft I.

Herzog: Über Fibrome der Bauchdecken. Inaug.-Dissertation. München 1883.

Ledderhose: Die chirurgischen Erkrankungen der Bauchdecken. Deutsche Chirurgie, Bd. 45, 1890.

Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynaecologie, Bd. XIV.

Schmidts Jahrbücher der Medicin.

Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der ganzen Medicin: Virchow und Hirsch.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Heinrich, Carl, Albert Lühder wurde am 23. Juni 1874 als Sohn des Glasermeisters Christian Lühder und dessen Ehefrau Dorothea, geb. Buutz, zu Greifswald geboren. Er besuchte die Vorschule und das Gymnasium zu Greifswald, das er Ostern 1895 mit dem Zeugnis der Reife verliess Er widmete sich dem Studium der Medicin auf der Universität zu Greifswald, wo er im Sommer-Semester 1897 das tentamen physicum und am 15. März 1899 das Examen rigorosum bestand.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

Ballowitz, Bonnet, Gebhard, Gerstaecker, Grawitz, Helferich, Hoffmann, Krabler, Landois, Leick, Limpricht, Mosler, Peiper, Pernice, Richarz, Schirmer, Schulz, Schütt, Solger, Strübing, Tilmann.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Eine wirksame und erfolgreiche Therapie der Scabies kann bei der ärmeren Bevölkerung nur im Krankenhause und unter gleichzeitiger Beobachtung sämtlicher Familienmitglieder vorgenommen werden.

II.

Das einzig rationelle Verfahren bei desmoiden Geschwülsten der Bauchdecken ist die Operation derselben.

III.

Die Verordnung von körperlicher Bewegung und Milchdiät ist bei der Chlorose contraindiciert, wenn Unregelmässigkeit des Pulses und der Herzaktion vorhanden ist.